

A BIÓPSIA PLEURAL TRANSCUTÂNEA NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS PLEUROPULMONARES

Werner Paul Ott *

Luiz Carlos Corrêa da Silva **

SINOPSE: A revisão de 56 casos de derrame pleural, associado ou não à lesão pulmonar, confirmou o valor diagnóstico da biópsia pleural parietal transcutânea com a agulha e técnica de Cope, realizada simultaneamente com a toracocentese.

INTRODUÇÃO

O derrame pleural como expressão de doença pleural e/ou pulmonar é relativamente freqüente.

O diagnóstico da presença deste derrame, geralmente, não apresenta maiores dificuldades. Tal não ocorre em relação à sua etiologia.

Exceto nos casos em que a evidência clínica sugere fortemente a causa do derrame, p. ex., insuficiência cardíaca congestiva, traumatismo torácico etc., está indicada a aspiração do líquido para fins diagnósticos. Este líquido costuma ser submetido a exame bioquímico, bacteriológico, citológico diferencial e citopatológico.

Isoladamente ou em conjunto estes exames permitem fazer o diagnóstico diferencial em um bom número de casos, mas em outros tantos são inconclusivos, o que tornaria necessário atitudes mais intervencionistas, podendo estas chegar à toracotomia exploradora.

Em 1955, De Francis descreveu, pela primeira vez, alterações histológicas encontradas em pleura obtida por biópsia transcutânea com agulha de Vim-Silverman. Posteriormente, outros autores confirmaram os bons resultados obtidos pelo método.

Em 1957, Cope idealizou um outro tipo de agulha, que leva seu nome, e que deveria ter a vantagem, sobre a de Vim-Silverman, de não ferir o pulmão e obter fragmentos de pleura com mais freqüência.

MATERIAL E MÉTODOS

Para este trabalho foram analisados retrospectivamente os resultados

* Médico-Assistente do Pavilhão Pereira Filho
** Médico-Residente do Pavilhão Pereira Filho.

de 56 casos nos quais, ao fim da toracocentese para fins diagnósticos e/ou terapêuticos, foi realizada uma biópsia pleural parietal transcutânea, utilizando-se a agulha e técnica de Cope.

Os pacientes desta revisão foram atendidos no Pavilhão Pereira Filho, Santa Casa de Misericórdia de Porto

Alegre, Sede da Disciplina de Pneumologia das Faculdades de Medicina da U.F.R.G.S. e Católica de Porto Alegre.

Nos 56 casos foram realizadas 60 biópsias, obtendo-se material adequado em 58 destes 97%). Isto permitiu fazer o diagnóstico em 33 dos casos (59%).

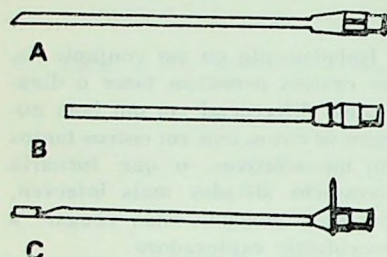


Fig. 1 — Componentes da agulha de Cope

A. Trocar

B. Cânula externa, com extremidade cortante

C. Cânula interna, com extremidade em gancho

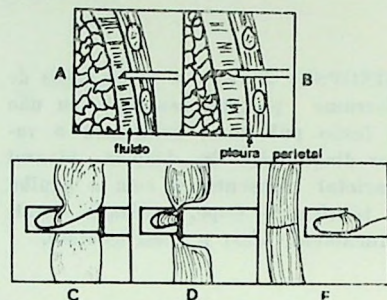


Fig. 2 — Técnica para obtenção de fragmento pleural com agulha de Cope. A e B, substitui-se o trocar pela cânula interna. C, traciona-se o conjunto até a pleura ser cortada. D, faz-se rotação da cânula externa, o que complementa o isolamento do fragmento pleural.

De acordo com o diagnóstico, os casos revisados foram distribuídos em 3 grupos:

QUADRO I

1 — Neoplasia	20 casos (36%)
2 — Tuberculose	27 casos (48%)
3 — Sem diagnóstico	9 casos (16%)
	56 casos

CASOS DE NEOPLASIA:

QUADRO II

Caso n.º	Diagnóstico	Lesão Pulmonar	Biópsia	Citopatol.	Linfocitose (75% ou mais)
9	Ca brônquico	Sim	—	+	—
10	Ca de mama	Não	+	+	+
11*	Ca do t. digest.	Não	—	—	—
12	Ca de mama	Sim	+	—	+
13	Ca brônquico	Sim	+	+	—
15	Ca brônquico	Sim	+	+	—
16*	Ca brônquico	Sim	—	—	—
18	Ca brônquico	Sim	+	+	—
20*	Ca brônquico	Sim	—	—	—
30	Adenocarc.	Não	—	+	—
32	Osteossarcoma	Sim	+	+	—
33	Neoplasia	Não	+	+	—
34	Neoplasia abd.	Sim	—	+	(?)
37	Ca brônquico	Sim	+	+	—
40	Ca brônquico(?)	Não	+	+	(?)
42*	Ca brônquico	Sim	—	—	—
43	Ca brônquico	Sim	+	—	—
45	Ca brônquico	Sim	—	+	(?)
46	Ca brônquico	Sim	+	+	+
49*	Ca brônquico	Sim	—	—	—

Nos 20 casos com o diagnóstico final da neoplasia, a biópsia pleural forneceu o diagnóstico em 11 (55%), o citopatológico do líquido pleural em 13 (65%) e os dois métodos associados em 15 casos (75%). Nos 5 casos* restantes, o diagnóstico foi feito por outros meios: biópsias

broncoscópica (2), pulmonar trans-
cutânea (2) e hepática (1).

Em 15 dos 20 casos coexistia lesão pulmonar sugestiva de neoplasia. A biópsia pleural forneceu o diagnóstico em 9 destes casos (60%), tornando desnecessário o prosseguimento da investigação.

CASOS DE TUBERCULOSE :

QUADRO III

Caso nº	Biópsia	Linfocitose (75% ou mais)	Teste Tuberculínico	BAAR no líquido
1	+	Sim	+	(?)
3	—	Sim	+	(?)
4	+	Sim	+	(?)
5	+	sem líquido	+	/
6	+	Sim	(?)	—
7	+	Sim	—	—
8	+	Sim	+	—
21	+	Sim	—	(?)
22	+	sem líquido	+	/
23	+	Sim	—	—
24	—	Sim	—	—
25	—	Não	+	—
26	+	Sim	—	+
27	—	Sim	—	—
28	+	Sim	—	—
31	+	Sim	+	—
35	—	Sim	+	—
38	+	Sim	(?)	—
39	+	Sim	+	—
41	+	Sim	+	—
47	+	sem líquido	+	/
48	+	Sim	—	—
50	+	Sim	+	—
52	+	Sim	(?)	—
53	+	Sim	(?)	—
54	+	Sim	(?)	—
56	+	Sim	(?)	—

Nos 27 casos com o diagnóstico final de tuberculose, o exame histopatológico da pleura demonstrou inflamação granulomatosa em 22 casos (82%). Em 3 destes a toracocentese foi «branca» (não se aspirou líquido), porém o fragmento de pleura obtido pela biópsia demonstrou a presença de granuloma.

Em 9 casos da série não foi possível confirmar o diagnóstico final. Nestes, tanto a biópsia como o exame do líquido pleural foram inconclusivos.

COMENTÁRIOS

A citologia exfoliativa, usando a técnica de Papanicolau, passou a ser um inestimável recurso no diagnóstico diferencial dos derrames pleurais malignos. A especificidade do exame é grande, ainda que ocorram «falsos positivos», cuja frequência está na dependência da experiência do citologista. Assim, o exame histopatológico do fragmento da pleura, demonstrando células neoplásicas, não só aumenta a certeza do diagnóstico, eventualmente já feito pela citopatologia, como permite uma melhor caracterização do tipo celular da neoplasia.

O diagnóstico de derrame pleural tuberculoso, baseia-se, com frequência, na história clínico-ambiental e na reação tuberculinica (Mantoux) positiva, além do estudo radiológico. O exame do líquido (macroscópico e laboratorial) obtido por toracocentese traz novas contribuições ao diagnóstico. Diga-se ainda que, em nosso meio, o achado do ba-

cilo da tuberculose, patognomônico da doença, é pouco freqüente. Deste modo, a citologia, através da contagem diferencial, tem sido muito valorizada. Considera-se altamente sugestivo de tuberculose quando há predomínio de linfócitos (75% ou mais), principalmente na ausência de células mesoteliais.

A presença de granuloma no exame histopatológico de fragmento de pleura, mesmo que neste não se identifique o bacilo, certamente dá muito maior segurança ao diagnóstico de tuberculose.

CONCLUSÃO

A biópsia pleural transcutânea com a agulha de Cope confirmou ser valioso método diagnóstico nas doenças pleuropulmonares com derrame pleural, principalmente de origem neoplásica ou tuberculosa. Associada aos exames de laboratório do líquido pleural, não só aumentou o rendimento diagnóstico, como ainda conferiu maior precisão aos diagnósticos. Praticamente isentas de complicações deveria ser realizada de rotina por ocasião da primeira toracocentese.

RESUMO: Foram feitas 60 biópsias que forneceram 58 vezes fragmentos de pleura (97%), o que permitiu fazer o diagnóstico em 33 dos casos (59%).

Em 20 casos, com o diagnóstico final de neoplasia, a biópsia pleural foi diagnóstica em 11 casos (55%), o citopatológico do líquido pleural em 13 casos (65%) e a associação

dos dois métodos em 15 casos (75%). Em 15 destes 20 casos coexistia lesão pulmonar sugestiva de neoplasia; em 9 destes (60%) chegou-se ao diagnóstico pela biópsia pleural, tornando-se desnecessário o prosseguimento da investigação.

Em 27 casos, com o diagnóstico final de tuberculose, o exame histopatológico da pleura biopsiada demonstrou granuloma com ou sem necrose em 22 casos (82%).

Em 9 casos da série não foi possível estabelecer o diagnóstico final de certeza.

SUMMARY: Sixty biopsies were performed, yielding pleura fragments in 58 instances (97%), which allowed to make diagnosis in 33 cases (59%).

In 20 cases, with final diagnosis of neoplasm, pleura biopsy was diagnostic in 11 cases (59%), cytopathologic studies of pleural fluid in 13 cases (65%), and the association of both methods in 15 cases (75%).

In 15 of these 20 cases there was a coexisting pulmonary lesion suggestive of neoplasm; in 9 of these (60%) diagnosis was made by pleural biopsy which made unnecessary to continue the investigation.

In 27 cases, with final diagnosis of tuberculosis, the histopathologic study of the pleura fragment showed granuloma with or without necrosis in 22 cases (82%).

In 9 cases of the series it was not possible to establish diagnosis of certainty.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — COPE, Constantin. New pleural biopsy needle; preliminary study. *The Journal of the American Medical Association*, 167(9):1107-8, June 28, 1958.
- 2 — COPE, Constantin & BERNHARDT, Herman. Hook-needle biopsy of pleura, pericardium, peritoneum and synovium. *The American Journal of Medicine*, 35(2):189-95, Aug. 1963.
- 3 — CROFTON, John & DOUGLAS, Andrew. «Diagnostic procedures in respiratory disease.» In: Id. *Respiratory diseases*. Oxford, Blackwell, 1969. cap.4, p.77-8.
- 4 — DONOHUE, Robert F.; KATZ, Sol; MATTHEWS, Mary J. Aspiration biopsy of the parietal pleura; results in forty-five cases. *The American Journal of Medicine*, 22(6):883-93, June 1957.
- 5 — DONOHUE, Robert F.; KATZ, Sol; MATTHEWS, Mary J. Pleural biopsy as an aid in the etiologic diagnosis of pleural effusion: review of the literature and report of 132 biopsies. *Annals of Internal Medicine*, 48(2):344-62, Feb. 1958.

- 6 — FRASER, Robert G. & PARÉ, J. A. Peter. «Methods in clinical, laboratory, and functional investigation.» In: Id. **Diagnosis of diseases of the chest; an integrated study based on the abnormal roentgenogram.** Philadelphia, W. B. Saunders, 1970. v.1, cap.3, p.161.
- 7 — RUBIN, Eli H. & RUBIN, Morris. «Intrathoracic neoplasms: diagnosis.» In: Id. **Thoracic diseases; emphasizing cardiopulmonary relationships.** Philadelphia, W. B. Saunders, 1962. cap.33, p.559-61.
- 8 — STEAD, William W. «Diseases of the pleura.» In: BEESON, Paul B. & MCDERMOTT, Walsh, ed. **Textbook of medicine.** 12.ed. Philadelphia, W. B. Saunders. 1967. p.561.

Felipe Neri, 149 — Pôrto Alegre — RS — Brasil